

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre, Joseph LEFLAIVE

Né le 16 septembre 1893 à Paris

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

SUR LE

VOLVULUS CHRONIQUE

DU

CÔLON SIGMOÏDE

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1927



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre, Joseph LEFLAIVE

Né le 16 septembre 1893 à Paris
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

SUR LE

VOLVULUS CHRONIQUE

DU

CÔLON SIGMOÏDE

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1927



I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale.	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.	HOVELACQUE	Anatomie.
ALGLAVE . . .	Pathologie chirurgicale.	JOYEUX . . .	Parasitologie.
AUBERTIN . . .	Pathologie médicale.	LABBÉ(Henri).	Chimie biologique.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN . . .	Pathologie médicale.	LE LORIER. .	Obstétrique.
BINET . . .	Physiologie.	LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie
BLANCHETIÈRE . . .	Chimie biologique.	N....	Pathologie médicale.
BRANCA . . .	Histologie.	LEVY-SOLAL.	Obstétrique.
BRULÉ . . .	Pathologie médicale.	LHERMITTE .	Pathologie mentale.
N....	Pharmacologie et ma- tière médicale.	LIAN.	Pathologie médicale.
CADENAT . . .	Pathologie chirurgicale.	MATHIEU . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY . . .	Histologie.	METZGER. . .	Obstétrique.
CHIRAY . . . }	Pathologie médicale.	MOCQUOT . . }	Pathologie chirurgicale
CLERC . . . }		MONDOR. . . }	
DEBRÉ . . .	Hygiène.	MOURE. . . }	
I. de JONG . .	Anatomie pathologique	MULON . . .	Histologie.
DUVOIR . . .	Médecine légale.	PHILIBERT. .	Bactériologie.
ECALLE . . .	Obstétrique.	RIBIERRE . .	Pathologie médicale.
FIESSINGER }	Pathologie médicale.	RICHET Fils .	Physiologie.
FOIX . . . }		TANON . . .	Pathologie médicale.
GARNIER. . .	Pathologie expérimentale.	VAUDESCAL .	Obstétrique.
HARVIER. . .	Pathologie médicale.	VELTER . . .	Ophthalmologie.
HEITZ-BOYER	Urologie.	VERNE . . .	Histologie.
		VILLARET . .	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
GOUGEROT. . .	Pathologie médicale.	REFTERER. . .	Histologie.
GUÉNIOT. . .	Obstétrique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY . . .	} Clinique chirurgicale.	LÉRI	} Clinique médicale.
CHEVASSU . .		LÉPER	
LAIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet . . .	Clinique médicale infantile.	N...	Clinique médicale.
		SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Education physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON ARRIÈRE GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR LEFLAIVE

Maître en chirurgie à l'Hôpital de Beaune (*in memoriam*)

A MON GRAND-PÈRE ABEL LEFLAIVE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris (promotion 1850)
(*in memoriam*)

A MON PÈRE EUGÈNE LEFLAIVE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris (promotion 1883)

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON FRÈRE HENRI

(Tué à l'ennemi en 1915)

A MES FRÈRE ET SŒURS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

*En témoignage de reconnaissance pour
l'honneur qu'il m'a fait en acceptant
la présidence de cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

1912. — M. le Docteur COYON.
1912. — M. le Docteur OKINCZYC.
1912. — M. le Docteur LAUNOIS (*in memoriam*).

Externat

1913. — M. le Professeur Agrégé THIÉRY.
1914. — M. le Professeur ACHARD.
1919. — M. le Docteur THIBIERGE (*in memoriam*).
1920. — M. le Docteur DE MASSARY.
1921. — M. le Professeur BROCA (*in memoriam*).
1922. — M. le Docteur PICOT.

Internat

1923. — M. le Docteur DEVRAIGNE.
1923. — M. le Docteur BAUDET.
1924. — M. le Docteur FREDET.
1924. — M. le Professeur LEGUEU.
1925. — M. le Professeur Agrégé MOCQUOT.
1926. — M. le Professeur Agrégé LARDENNOIS.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Le volvulus de l'anse sigmoïde a déjà fait l'objet de nombreux travaux. Sur son étiologie, son mécanisme, sa pathogénie, il ne semble pas que l'on puisse ajouter grand chose à ce qui a déjà été exposé dans les ouvrages précédents, et notamment (pour ne parler que des ouvrages français) dans les thèses très documentées de Mazet et de Roche (Lyon, 1912) et dans le Mémoire de Forgue (*Presse Médicale*, janvier 1920) modestement intitulé « Quelques précisions sur le volvulus du côlon pelvien ».

La même réflexion s'impose en ce qui concerne la description clinique des accidents d'occlusion intestinale aiguë déterminés par le volvulus. La conduite à tenir lors de ces accidents aigus a été surabondamment discutée au cours de ces dernières années par de nombreux chirurgiens, notamment à la *Société de Chirurgie de Paris* et à celle de *Lyon*.

Mais il est un côté de la question sur lequel il nous a semblé intéressant de porter notre attention : il s'agit du volvulus considéré en tant que cause *permanente* de troubles intestinaux divers, les uns d'allure chronique,

les autres d'allure subaiguë ou aiguë. L'objet de ce travail sera précisément : 1° de montrer la fréquence du volvulus sigmoïdien chronique ; 2° de discuter les problèmes de diagnostic qui peuvent se poser à son sujet ; 3° enfin de discuter le traitement qu'il convient de lui opposer et du choix de la méthode à employer, différente suivant les circonstances dans lesquelles on se trouve et suivant la variété à laquelle on a affaire.

Notre éminent maître, M. Lardennois, a inspiré l'idée générale de cette thèse. Nous le prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre profonde gratitude pour la bienveillance qu'il nous a constamment témoignée.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Du point de vue clinique, on peut définir le volvulus sigmoïdien : *l'ensemble des troubles auxquels donne lieu la torsion de l'anse sigmoïde autour de son axe vasculaire.*

Les nombreuses études qui ont été faites sur cette question ont montré d'une façon définitive quelles étaient les conditions qui prédisposaient au volvulus, autrement dit : qui le rendaient possible. La première de ces conditions, qui est évidemment indispensable, c'est une longueur anormale de l'anse sigmoïde et de son méso. La seconde, qui, celle-là, n'est pas indispensable, mais qui joue tout de même un rôle considérable, c'est la mésosigmoïdite rétractile, qui rapproche les deux pieds de l'anse. (1)

(1) C'est, en effet, depuis longtemps un lieu commun que d'admettre la mésosigmoïdite rétractile comme une des conditions prédisposantes du volvulus. Mais quelle est la cause de la mésosigmoïdite rétractile elle-même ? Sigmoidite ; — inflammation de voisinage : telles sont les deux explications proposées ordinairement. Cependant nous trouvons dans l'article que Roux a consacré à l'Occlusion intestinale dans la *Revue Médicale de la Suisse Romande* de 1894 ce passage suggestif : « Or l'infiltration du mésentère persiste quelque temps [après une crise d'occlusion] ; puis elle est suivie d'une rétraction cicatricielle perpendi-

Le mécanisme de la torsion a également fait l'objet de quelques essais. Voici, en particulier, ce qu'en dit Forgue : « A l'occasion d'une réplétion excessive du côlon pelvien [chez les constipés] l'anse, inégalement alourdie, tant à pivoter sur elle-même dans le sens de la plus grande charge ».

Au point de vue de l'étiologie : le sexe ne joue pas un rôle considérable ; on note une légère prédominance dans le sexe masculin. On a fait justice depuis longtemps du préjugé qui voulait que le volvulus fut l'apanage de la vieillesse. Les individus atteints sont presque toujours des adultes, vieux ou jeunes ; mais on a observé des cas chez l'enfant et même le nourrisson. Enfin tout le monde est d'accord pour signaler la plus grande fréquence de cette affection dans les populations des bords de la Baltique, sans qu'on ait pu déterminer, d'ailleurs, s'il s'agit d'une question d'alimentation ou d'une question de race.

Ces points de pathogénie, de mécanisme, et d'étiologie ne nous ayant pas retenu, nous en arrivons main-

culaire aux vaisseaux mésentériques (en tous cas beaucoup plus intense dans cette direction), en sorte que toute l'anse interceptée pendant l'accès continue à flotter comme un bouquet à pédicule plus ou moins ténu, prête à se tordre de nouveau ou à capturer à la façon d'un lazzo une anse voisine, ou l'épiploon ou tout autre organe à sa portée ». D'où il ressort que la mésosigmoidite rétractile fait apparaître non pas comme une cause de volvulus mais bien plutôt comme une conséquence d'un volvulus antérieur. Ainsi s'expliquerait qu'on puisse constater, ainsi que cela nous est arrivé à nous-mêmes (voy. Obs. III) de la mésosigmoidite en l'absence de toute sigmoidite et de tout reliquat d'affection inflammatoire voisine. Cette théorie n'est reproduite par aucun des auteurs qui ont parlé depuis du volvulus et de la mésosigmoidite. C'est pourquoi nous la rappelons en passant.

tenant à nous poser la question suivante : La torsion de l'ansé autour de son axe, de quelle façon survient-elle ? Est-ce inopinément, comme un accident inattendu et entraînant d'emblée une oblitération complète et définitive de la lumière intestinale, c'est-à-dire une occlusion intestinale aiguë avec toutes ses graves conséquences, ou bien les individus atteints de « mobilité du côlon » ne souffrent-ils pas, pendant longtemps, de petites crises d'oblitération incomplète et passagère avant d'en venir aux accidents graves ?

A en juger d'après les descriptions faites jusqu'ici, on pourrait croire à la seule existence du volvulus accident soudain, se manifestant d'emblée par l'occlusion aiguë. Or rien n'est plus contraire à la vérité et le volvulus se présente presque toujours pendant longtemps comme une affection chronique, avant d'aboutir aux accidents très graves qui sont seuls généralement décrits.

Ces troubles d'ordre chronique, à la vérité, n'ont pas échappé aux auteurs qui ont étudié la question d'un peu près. C'est ainsi que Roux avait parlé de la « phase médicale » de la maladie et que Forgue a décrit des « accidents prémonitoires ». Mais personne avant Lefebvre (1) (de Toulouse) n'avait eu (du moins à notre connaissance), l'idée, que nous reprenons à notre compte, de considérer l'ensemble des troubles d'ordre chronique auxquels peut donner lieu la torsion de l'intestin comme constituant la période d'état d'une maladie dont l'occlu-

(1) *Gazette des Hôp. de Paris*, n° 93, 28 et 30 novembre 1922 LEBEVRE : La période dite prodromique, dans le volvulus du gros intestin, constitue la période d'état de cette affection.

sion aiguë n'est qu'une complication ultime. L'intérêt qu'il y a à considérer les choses sous cet angle réside dans ce fait que si on porte le diagnostic et si on institue un traitement efficace à cette période, on y gagnera :

1° de supprimer la menace d'occlusion qui est constamment suspendue sur la tête du malade et peut le surprendre à un moment défavorable ;

2° de débarrasser le malade d'une infirmité qui a, par ailleurs, d'autres inconvénients ;

3° de pouvoir faire une opération à froid, de pronostic meilleur que l'opération pratiquée en crise d'occlusion.

Précisons une fois pour toutes ce que nous entendons par *volvulus chronique*. Ce qui est chronique, en réalité, autrement dit : Ce qui existe d'une façon permanente, ce n'est pas la torsion de l'anse autour de son axe vasculaire, mais la tendance qu'a l'anse, trop mobile, à se tordre. Quand cette torsion se produit, des troubles apparaissent. Quand elle cesse, c'est-à-dire quand l'intestin reprend une disposition topographique normale, tout rentre dans l'ordre. Dans certains cas, il est vrai, il semble que l'intestin reste constamment en état de *volvulus*. Ces cas pourraient être appelés *volvulus permanents*, par opposition avec le *volvulus chronique intermittent*. Mais la distinction entre ces deux variétés n'a pas un gros intérêt pratique et ne mérite pas, par conséquent, que nous nous y arrêtions.

Quant à la *fréquence* du *volvulus chronique*, nous dirons qu'elle est considérable par rapport à l'ensemble des cas de *volvulus*, Lefebvre, dans le travail auquel

nous avons fait allusion plus haut, cite une liste imposante d'observations de malades opérés pour volvulus et dans lesquelles se trouvent relatés des antécédents indiquant l'allure chronique de la maladie. Nous nous sommes nous-même rendu compte de cette fréquence en faisant une statistique portant sur celles des observations publiées dans ces dernières années qui étaient explicites à cet égard. Nous avons trouvé, sur un total de 22 cas, 18 cas à antécédents nets, susceptibles d'attirer l'attention du médecin, contre 4 cas seulement dans lesquels l'occlusion avait surpris le sujet en parfait état de santé apparente.

Avant de dire en quoi consiste la symptomatologie du volvulus chronique, nous croyons nécessaire d'attirer l'attention du lecteur sur un point, à savoir, la complexité fréquente du tableau clinique chez ces malades. Ceux-ci, en effet, ne sont, souvent, pas uniquement porteurs d'une Siliaque mobile. D'autres anomalies du côlon, congénitales ou acquises, peuvent se trouver associées à celles-là et donner lieu, pour leur propre compte, à des troubles divers.

C'est ainsi que la mésosigmoïdite rétractile peut donner lieu à des accidents d'occlusion par coudure en dehors de toute version de l'anse intestinale. De nombreux faits de ce genre ont été publiés. (1) Lesniowski, en par-

(1) DUCAROS. — *Soc. de Chir. de Paris* 11 juin 1924. Rapport d'Okinczyk ; Mésosigmoïdite rétractile avec occlusion chronique, sigmoïdo-sigmoïdostomie latéro-latérale avec guérison. BONNET, *Soc. de Chir. de Lyon*, séance du 1^{er} décembre 1921 ; Volvulus du côlon pelvien, mésosigmoïdite rétractile et pèrisigmoïdite

ticulier, a relaté (1) plusieurs opérations pour occlusion intestinale qui consistèrent uniquement à sectionner des brides de mésosigmoïdite dans le but de libérer le côlon pelvien et qui suffirent à amener la guérison.

On sait, d'autre part, que le mégacôlon (qui n'est pas nécessairement la conséquence d'un volvulus et peut exister avant celui-ci) donne toujours lieu à une constipation chronique et à une augmentation de volume de l'abdomen, et que, en outre, l'accumulation des matières peut provoquer par engorgement une véritable occlusion.

Mais cette distinction entre les troubles intestinaux (crise d'occlusion passagère par exemple) dus au volvulus et les troubles dus simplement à une anomalie du côlon en dehors de tout volvulus (dolichocôlon, mégacôlon, mésosigmoïdite) n'a pas autant d'importance qu'on pourrait croire à première vue, puisque cette anomalie est elle-même une cause possible de volvulus. Il suffit donc, en pratique, lorsqu'on a à interpréter des troubles intestinaux de savoir lorsqu'il y a lieu de le faire, les rapporter à une malformation du côlon sigmoïde, c'est là toute l'affaire.

Cette remarque faite, nous pouvons maintenant montrer schématiquement (nous entrerons dans le détail des faits cliniques à propos du diagnostic) quels sont les divers aspects sous lesquels peut se présenter un volvulus chronique, ces divers aspects pouvant d'ailleurs se succéder sous forme de phases diverses chez le même malade :

(1) *Presse Médicale*, 28 avril 1923.

	Troubles anatomiques	Manifestations cliniques
Phase de latence.	0	0
Etat chronique.	<i>Sténose incomplète</i> du côlon (obstruction chronique).	a) Constipation. b) Douleurs, localisées de préférence à la fosse iliaque gauche.
Etat subaigu ou phase subaiguë.	<i>Sténose incomplète</i> , mais plus marquée que dans le cas précédent (obstruction sub-occlusion). <i>Pas d'oblitération</i> des vaisseaux sigmoïdiens.	Signes d'obstruction intestinale, soit : <i>a) Douleurs</i> { α) à type de coliques, plus ou moins étendues à tout l'abdomen. β) localisées à un point fixe (fosse iliaque gauche). b) Constipation extrême, permettant toutefois des évacuations intestinales. c) Météorisme abdominal.
Etat aigu ou phase aiguë.	Il y a deux choses distinctes à considérer : 1 ^o La <i>sténose complète</i> du côlon sigmoïde (occlusion intestinale aiguë). 2 ^o L' <i>oblitération des vaisseaux</i> sigmoïdiens entraînant le sphacèle de l'anse sigmoïde, avec péritonite consécutive.	Signes d'occlusion intestinale aiguë. La crise peut cesser instantanément au bout de quelques heures ou de quelques jours. Sinon, la mort survient du fait de l'occlusion ou par péritonite.

DIAGNOSTIC

I. — Diagnostic clinique

1° Diagnostic positif

A. — La période chronique (c'est-à-dire en dehors de tout épisode aigu ou subaigu).

SIGNES FONCTIONNELS. — Les éléments de diagnostic fournis par l'interrogatoire sont les suivants (nous avons déjà dit quelles réserves il convenait de faire relativement à l'interprétation de ces symptômes, qui ne sont pas pathognomoniques) :

1° Constipation habituelle, datant de plusieurs mois, de plusieurs années, voire de l'enfance;

2° Douleurs abdominales prédominant dans la fosse iliaque gauche ;

3° Notion de crises antérieures d'occlusion intestinale passagère. Ces crises ont présenté quelques caractères particuliers, que peut rapporter le malade si on l'interroge bien : *a*) prédominance du siège de la douleur à la fosse iliaque gauche *b*) absence de vomissements ou bien apparition tardive de ceux-ci. C'est là un fait difficile à expliquer, mais que l'on trouve mentionné dans

maintes observations, on^e pourrait l'attribuer au siège de l'obstacle, mais alors pourquoi n'en serait-il pas de même dans l'occlusion si banale du cancer de l'Siliaque ? Nous préférons nous borner à signaler le fait sans l'expliquer]. D'autre part, le fait même que ces crises d'occlusion se soient terminées par guérison spontanée est un élément de diagnostic, car « de toutes les variétés d'occlusion il n'y a guère que celles dues au volvulus qui puissent guérir spontanément » (Delbet).

SIGNES PHYSIQUES. — A l'état chronique, le volvulus se traduit rarement par des signes physiques bien caractéristiques (1). Le ventre peut être météorisé, énorme parfois, mais c'est là un signe de mégacôlon, non de volvulus. Signalons toutefois qu'on a pu constater parfois au toucher rectal, à bout de doigt, une diminution de calibre, un étranglement de l'intestin.

B. — Lors des phases subaiguës.

L'état d'obstruction intestinale est facile à reconnaître. Mais il est important de faire le diagnostic avant d'intervenir. Autrement on est conduit, lorsque le météorisme est considérable, à faire un anus que l'on croit cæcal et qui porte en réalité sur l'anse sigmoïde énormément dilatée. On obtient bien ainsi une évacuation copieuse de matière et de gaz qui peut apporter une amélioration momentanée, mais l'opération est néanmoins mauvaise.

(1) Voir cependant notre observation n° 3.

Elle est mauvaise pour deux raisons :

1° Parce que, qu'elle porte sur le cæcum ou sur l'S iliaque, elle ne met pas fin à l'obstruction due à la torsion (1).

2° Parce qu'elle a, en outre, l'inconvénient, ainsi que l'a fait remarquer Jaboulay, (2) de fixer l'anse tordue dans sa position vicieuse.

Il s'agit donc de reconnaître l'anse volvulée, ce qui est possible et même facile dans un certain nombre de cas, lorsque le météorisme ne s'est pas déjà généralisé à tout l'abdomen.

L'anse volvulée se *voit* sous la forme d'une saillie anormale qui donne au ventre un aspect dissymétrique. La déformation classique de Bayer, caractérisée par une voussure oblique allant de la fosse iliaque droite à l'hypochondre gauche n'est pas la seule possible. M. Lardennois a observé récemment l'inverse (3). D'autres fois la voussure est localisée à la région sous-ombilicale. M. le Pr Lecène a vu une fois une saillie médiane allant du pubis à l'appendice xyphoïde, étranglée à sa partie moyenne, en sablier. Tout dépend des dimensions de l'anse et de son siège.

Elle se *sent* à la palpation, sous la forme d'une masse à contours bien définis, arrondis, sinon dure, du moins tendue, qui correspond à la saillie perçue à l'inspection.

(1) Voir, à la fin, notre observation n° II, (Mme M.)

(2) JABOULAY. *Société Nationale de Médecine de Lyon*, 16 janv. 1911. Volvulus de l'S iliaque traité par détorsion ; les anus contre nature dans cette affection.

(3) Même constatation d'INGEBRIGSTEN (*Lyon Chirurgical*, sept. octobre 1919).

Elle donne l'impression de plonger dans le petit bassin, du côté gauche. Elle jouit de quelque mobilité.

Quant aux autres caractères qui sont décrits classiquement, ils n'appartiennent pas à cette forme subaiguë. Les gaz pouvant s'évacuer de temps en temps, l'anse dilatée contient surtout des matières et du liquide. C'est pourquoi nous voyons signalée la matité dans quelques observations qui paraissent bien correspondre au cas qui nous occupe pour l'instant. (1) De même, l'immobilité d'origine paralytique, qui est le propre des volvulus aigus avec oblitération vasculaire, est remplacée ici par du péristaltisme, péristaltisme parfois intense et localisé justement à l'anse volvulée. Nous citerons, à titre d'exemple, ce passage d'une observation de Patel : « Quand les douleurs s'exacerbent, on voit se dessiner l'anse, qui forme une boucle dont le sommet atteint l'ombilic » (2). Nous pourrions en citer plusieurs autres (3). Il est probable, d'ailleurs, bien que nous n'ayons rencontré aucune observation probante à cet égard, que cette exagération de la contractilité de l'anse sigmoïde n'a qu'une durée limitée et que, par la suite, à une phase d'hyperkinésie succède une phase d'asystolie.

C. — En crise aiguë

Là encore : ou bien nous trouvons le malade à la phase terminale d'une occlusion aiguë et la dilatation

(1) GRUGET et KÜSS. Soc. de Chir. de Paris, séance du 9 décembre 1925.

(2) PATEL. Soc. de Chir. de Lyon, séance du 8 janvier 1914.

(3) HERTZ. Soc. de Chir. de Paris, séance du 9 avril 1925. Lardennois, obs. de Mlle L., rapportée plus loin.

uniforme du ventre empêche de reconnaître quoi que ce soit, ou bien, au contraire, un examen détaillé est encore possible. Dans ce dernier cas, on se trouve en présence du tableau clinique du volvulus aigu, dont la description a déjà été faite maintes fois et dont nous nous contenterons d'énumérer les éléments essentiels :

SIGNES FONCTIONNELS. — Douleurs étendues à tout l'abdomen après avoir débuté dans la fosse iliaque gauche — vomissements (inconstants ou d'apparition tardive) — constipation absolue (matières et gaz) se manifestant dès le début de la crise (ce qui s'explique par le siège de l'occlusion).

SIGNES PHYSIQUES. — Tendance de l'abdomen à se dilater en cadre (signe de Laugier) ; péristaltisme intense dans toute l'étendue de ce cadre. — Perception par la vue et par le palper, à-travers la paroi abdominale, de l'anse volvulée, qui est le siège d'une sonorité élevée, à timbre métallique (ballon symptôme de Kiwul) et qui est immobile (pas de contractions péristaltiques en ce point). Impossibilité de faire pénétrer par injection une grande quantité de liquide dans le rectum ; possibilité, même, dans certains cas, d'atteindre la sténose avec le doigt par le toucher rectal (1).

(1) Nous signalerons, en outre, parce qu'encore peu connu et pouvant aider au diagnostic un petit signe récemment décrit par Guibé : l'augmentation de la douleur dans le décubitus, le malade souffrant moins lorsqu'il est assis ou debout, (probablement parce que la traction de l'anse sur son pédicule cesse ou diminue dans la situation verticale).

2° Diagnostic différentiel

Nous n'envisagerons ici que le volvulus considéré en tant qu'affection chronique, renonçant, par conséquent, à discuter dans toute son ampleur le diagnostic des occlusions intestinales aiguës, ce qui nous entraînerait à de longs développements n'ayant que peu de rapports avec notre sujet.

Il convient en premier lieu d'éliminer les affections étrangères au côlon sigmoïde.

Le volvulus a été souvent étiqueté *appendicite chronique*. Dans l'une et l'autre affection, en effet, le malade est sujet à la constipation et à des douleurs abdominales ; il passe par des alternatives de bonne santé relative et de souffrance. Aussi doit-on attacher une grande importance au siège de la douleur à la pression et se méfier particulièrement des diagnostics d'appendicite à gauche, qui sont presque toujours erronés. On n'oubliera pas non plus, si le malade accuse des crises douloureuses antérieures que des crises d'appendicite, à moins d'être extrêmement bénignes, doivent s'être accompagnées de fièvre tandis qu'il n'y en a pas dans les épisodes aigus ou subaigus du volvulus. Dans l'appendicite chronique, la palpation sous l'écran radioscopique révèle un point douloureux sur le bord interne du cæcum. Remarquons enfin que dans certains cas de volvulus chronique, la distension de l'intestin en amont de l'obstacle porte principalement sur le cæcum, qui devient alors douloureux à la pression. C'est là une cause d'erreur qu'il ne faut pas perdre de vue.

On éliminera également les douleurs d'origine *rénale* ou urétrique (calcul du bassinet, de l'uretère, hydronéphrose douloureuse, étranglement rénal au cours de la néphroptose). L'erreur pourrait d'autant plus facilement être commise, si on ne cherchait pas systématiquement à l'éviter, que la colique néphrétique peut déterminer un syndrome d'occlusion transitoire.

On éliminera toutes les affections douloureuses *utéro-annexielles*, qui, elles aussi, ont si souvent ce caractère d'affection chronique à épisodes aigus : kyste de l'ovaire avec torsion de son pédicule, salpingite.

On pensera à *l'invagination intestinale chronique*, dont il faudra rechercher les caractères propres (âge, évacuations glaireuses et sanguinolentes, perception du boudin d'invagination).

Mais surtout on discutera soigneusement le diagnostic avec tout un groupe d'affections dont le principal caractère est de déterminer des troubles du transit intestinal, mécaniques ou réflexes : *péritonite tuberculeuse*, d'origine annexielle ou intestinale, *tuberculose intestinale*, enfin et surtout cette *périviscérite adhésive* simple dont notre maître M. Lardennois nous a montré la fréquence et l'importance. On sait combien la symptomatologie est complexe et difficile à interpréter dans cette affection polymorphe.

Parmi les affections du côlon, il n'y a guère que le *cancer* à éliminer. Volvulus ou cancer ? C'est le problème de diagnostic qui se posera le plus souvent, du moins chaque fois qu'on aura affaire soit à un vieillard, soit à un adulte d'un certain âge. Le cancer peut donner lieu à

des troubles du transit aussi variés que le volvulus, depuis l'obstruction chronique jusqu'à l'occlusion aiguë d'emblée. Et parmi les caractères de cette obstruction ou de cette occlusion, tous ceux qui découlent du siège particulier de l'obstacle peuvent être les mêmes, le siège de l'obstacle étant ordinairement le même (on sait que le cancer de l'S iliaque est le plus fréquent des cancers du côlon). On sait aussi que les cancers du côlon gauche sont ordinairement des squirrhes très peu volumineux et qu'il ne faut pas compter sur la perception d'une tumeur palpable pour établir le diagnostic. On se basera, toutes les fois que les circonstances le permettront, c'est-à-dire lorsqu'on ne sera pas forcé d'intervenir d'urgence, sur les résultats qu'auront fourni les examens suivants : recherche du sang dans les selles, recto-sigmoïdoscopie, radioscopie. S'il paraît indiqué d'intervenir d'urgence pour mettre fin à une occlusion menaçante, toutes les fois qu'un doute subsistera, on renoncera de parti-pris, malgré la bien plus grande fréquence du cancer, à cause de la possibilité d'un volvulus, à se borner au simple établissement d'un anus cæcal. On fera une laparotomie médiane dans un but d'exploration et afin d'être sûr de ne pas passer à côté d'un volvulus. En procédant ainsi, on fera supporter, il est vrai, au malade une intervention un peu plus grave : mais quel regret n'aurait-on pas si, ayant agi autrement, on se rendait compte par la suite qu'on a laissé succomber un malade qui pouvait parfaitement être sauvé (1).

(1) Voir à la fin notre observation n° IV.

Quant au *mégacolon* et à la *mésosigmoïdite rétractile*, nous avons déjà eu l'occasion de dire combien fréquente est l'association du volvulus avec ces affections, la quasi impossibilité qu'il y a de faire la part de ce qui revient à l'une et à l'autre et l'inutilité de chercher à résoudre un tel problème.

II. — Les éléments de diagnostic extra-cliniques

1° Du rôle de la radiologie

L'examen radioscopique ne saurait être pratiqué dans les cas tout à fait aigus, en raison de l'état précaire dans lequel se trouve le malade et des conditions d'urgence dans lesquelles on se trouve placé.

Par contre il reprend tous ses droits et joue alors un rôle considérable dans les cas chroniques ou subaigus.

Il est permis parfois de constater directement l'existence d'un volvulus. Nous citerons à titre d'exemple les deux fragments d'observations suivants, de M. Villette, observations que nous avons trouvées publiées dans le *Journal Médical des Sciences de Lille* (1).

1° Jeune fille de 17 ans, avait depuis trois ans des crises subites de douleur dans la fosse iliaque gauche..... Je propose un examen radioscopique. Celui-ci montre une S iliaque extrêmement longue, dont le sommet était au-dessus de l'ombilic : cette anse était verticale, bouclée à la partie inférieure, au niveau d'une sorte de pédicule dont la palpation

(1) *Journal Médical des Sciences de Lille*, 26 janvier 1922. Volvulus de l'S iliaque, trois cas opérés et guéris.

éveillait facilement la douleur ressentie pendant les crises. Le diagnostic de volvulus était ainsi rendu évident.

L'intervention montre une S iliaque tordue d'un quart de tour en sens inverse des aiguilles d'une montre.. ..

2° Mme V., 57 ans..... Trois semaines plus tard [après établissement d'un anus cæcal pour occlusion], un examen radiologique après lavement opaque montre la présence d'un mégacôlon iliaque partiellement volvulé.....

Mais ce n'est pas là le rôle que l'on doit attendre, en principe, de la radioscopie dans le volvulus et cela pour les deux raisons suivantes :

1° La constatation d'une apparence de volvulus, c'est-à-dire d'une boucle intestinale se projetant sur l'écran radioscopique peut donner lieu à une erreur d'interprétation. On peut croire, sur la foi d'une telle constatation, à un volvulus qui n'existe pas. En effet : revenons à la définition que nous avons donnée du volvulus : l'ensemble des troubles déterminés par la torsion d'une anse intestinale. Pour qu'il y ait volvulus, il faut qu'il y ait des troubles du transit ou des troubles vasculaires. Or, une anse intestinale, et en particulier l'anse sigmoïde, peut subir une torsion d'un demi-tour sans qu'il y ait dans ce fait rien d'anormal et sans qu'il en résulte le moindre trouble ; d'autant plus que les deux segments d'une même anse, que l'on voit se projeter sur l'écran au même point, donnant lieu à une apparence de croisement, peuvent fort bien ne pas se trouver au contact l'un de l'autre et être situés en réalité, dans deux plans différents. Il n'est pas rare de voir de semblables images sur des clichés radiographiques d'intes-

tins tout à fait normaux (1). Bien mieux : nous dirons que parfois c'est le fait de distendre l'intestin par une injection de baryte qui a provoqué une telle position, comme on voit se tordre un tube quelconque lorsqu'on distend ses parois en augmentant la tension de son milieu intérieur, liquide ou gazeux. Ainsi, dans ces cas, c'est l'examen lui-même qui fait apparaître un aspect anormal, lequel cessera aussitôt l'examen fini.

2° Le volvulus chronique étant le plus souvent intermittent, il n'y a, généralement, aucune torsion à constater dans l'intervalle des accès douloureux.

Pour ces deux raisons, nous dirons que, en dépit des très intéressantes observations que nous avons citées plus haut, ce qu'il faut demander, en principe, à la radiologie, ce n'est pas de permettre de « voir » un volvulus, c'est de renseigner indirectement le médecin en lui faisant reconnaître une malformation de l'S iliaque susceptible de déterminer des crises de volvulus.

Ainsi compris, le rôle de la radioscopie et de la radiographie peut-être primordial. Elles peuvent permettre de poser avec certitude un diagnostic de dolichocôlon ou de mégacôlon (2) ou même de mésosigmoïde, alors qu'on n'avait pu auparavant émettre qu'une hypothèse. Les

(1) Voir à la fin de cet ouvrage, la radiographie de Mme V., montrant un faux aspect de volvulus de l'angle colique gauche.

(2) Nous rappellerons, à ce propos, la prudence dont on doit user lorsqu'il s'agit de remplir, pour l'examiner, un mégacôlon. On risque, en effet, en le remplissant trop complètement, de provoquer une occlusion aiguë. Nous avons eu connaissance d'un ou deux faits de ce genre.

observations que nous publions à la fin de ce travail nous en fournissent de beaux exemples.

Dans certains cas, il est vrai, la striction de l'anse sigmoïde au niveau de son pédicule est serrée à tel point que le liquide opaque ne peut y pénétrer. Mais dans ces cas-là encore la notion d'une sténose complète de l'anse sigmoïde, située immédiatement au-dessus du rectum, constituera un élément de diagnostic précieux.

2° De la rectoscopie

La rectoscopie, en cas de volvulus chronique permanent, peut permettre également de constater directement l'existence d'un volvulus sigmoïdien. A titre d'exemple, nous citerons le passage suivant, emprunté à une observation de Patel, dont nous avons déjà cité ailleurs un autre passage : « Le rectoscope est arrêté brusquement à seize centimètres ; on voit des plis de la paroi rectale à trajet hélicoïdal ».

3° De la laparotomie exploratrice

Nous ne la rappelons ici que pour mémoire. Nous avons déjà dit les graves inconvénients de la méthode qui consiste, en présence d'un malade qui souffre d'occlusion ou d'obstruction intestinale, à faire un anus cæcal (ou supposé tel parce que placé dans la fosse iliaque droite) sans chercher à explorer l'abdomen. Deux des observations que nous publions à la fin de ce travail sont extrêmement instructives à cet égard.

Dans un cas (Mme M., obs. II) la création de l'anus

ne fit en aucune façon cesser la constipation et le ballonnement dont souffrait la malade, comme de juste, puisqu'il s'agissait d'un volvulus. En outre, on s'aperçut par la suite que l'anus avait été établi sur le grêle, chose toujours fâcheuse.

Dans l'autre (M. L., obs. IV), nous voyons le chirurgien découvrir par la laparotomie exploratrice un volvulus qui n'avait pu être reconnu auparavant.

TRAITEMENT DU VOLVULUS CHRONIQUE.

1. — En dehors de toute crise, aiguë ou subaiguë

Nous commencerons tout d'abord par faire une remarque. C'est que s'il est des cas où le malade ne souffre que de volvulus et dans lesquels la guérison se produira dès qu'on aura fait cesser la mobilité du côlon, il en est d'autres où le volvulus n'apparaît que comme une complication d'une autre affection présentant déjà par elle-même une certaine gravité et nécessitant aussi un traitement approprié. Il suit de là qu'on doit *a priori* se comporter d'une façon différente suivant les cas. Nous envisagerons donc successivement :

1° Les cas simples, dans lesquels on ne constate qu'un dolichocôlon, avec ou sans mésosigmoïdite ;

2° Les cas complexes, dans lesquels le côlon sigmoïde est mal formé ou déformé d'une façon si considérable qu'il n'est pas possible d'espérer lui voir recouvrer jamais un fonctionnement normal.

Dans les cas simples. — Nous croyons que la colôpexie (1) est le traitement de choix. Elle présente en

(1) Le terme de colopexie a ici un sens général s'étendant à fois à la colopexie proprement dite et à la mésosigmopexie.

effet sur les autres opérations possibles deux avantages importants.

Le premier est de comporter un danger minimum. En effet, s'il est des opérations d'une exécution plus facile, on n'en peut pas concevoir qui fassent courir moins de risques au malade. Cette considération est particulièrement importante si l'on songe que nous avons affaire à des malades chroniques. Que, dans un cas d'occlusion aiguë, on fasse subir au malade, pour lui sauver la vie, une intervention comportant par elle-même quelques risques, cela est très compréhensible. Mais cela le deviendrait beaucoup moins chez des malades chroniques, dont la vie n'est pas immédiatement menacée.

En second lieu, la fixation simple a sur la résection en plusieurs temps l'avantage d'éviter cette infirmité qu'est l'anus iliaque gauche à type d'anus définitif, dont la cure est parfois longue, ce qui oblige le malade à un séjour prolongé, se comptant par mois, à la clinique ou à l'hôpital.

Pour ces deux raisons, le malade à qui on aura expliqué la nature de l'opération qu'on lui propose acceptera facilement celle-là, tandis qu'il aurait refusé quelque chose de plus dangereux ou de plus compliqué.

Réfutons maintenant les objections qu'on pourrait soulever :

La colopexie, dira-t-on, même suivie d'un bon résultat en tant que fixation, ne met pas nécessairement fin aux troubles intestinaux accusés par le malade ? Si. Elle le guérira si on a bien choisi son cas. c'est-à-dire, si, comme nous le disions tout à l'heure, on est sûr que le

malade ne souffre que de mobilité du côlon sigmoïde et pas d'autre chose.

La colopexie, dira-t-on encore, peut être insuffisante. Elle peut laisser après elle, dit le P^r Lecène (1) « des douleurs, un relâchement avec formation de brides péritonéales dangereuses, la possibilité de récidives du volvulus autour d'un point de fixation pris comme axe ». Ici, nous répondrons que M. le P^r Lecène, s'il a attiré l'attention des chirurgiens sur les dangers des colopexies mal faites, n'a pas pour cela condamné la colopexie en général et qu'il est d'ailleurs si peu dans son intention de la condamner qu'au cours du même article, il dit la considérer comme indiquée dans certains cas.

Nous dirons donc, en résumé, que la colopexie doit être préférée toutes les fois qu'on n'a pas l'impression que, celle-ci une fois faite, le malade continuerait à souffrir d'autre chose que de la mobilité de son côlon.

Sur la technique même de la colopexie, sans décrire avec une précision une technique qui, en réalité, est un peu variable suivant les cas, nous attirerons seulement l'attention du lecteur sur les points suivants :

1^o Il nous paraît nécessaire d'aviver la paroi en incisant le péritoine, du moins en certains points et de fixer le côlon ou son méso aux éléments musculaires ou aponevrotiques sous-jacents. Ainsi, on évite d'attacher le côlon ou son méso à un simple feuillet péritonéal, lui-même très mobile et pouvant se prêter à des glissements

(1) LECÈNE. Contribution à l'étude du volvulus du gros intestin. (*Revue de chirurgie* 1910.)

secondaires, ce qui équivaldrait à une non-fixation. D'autre part, on obtient par l'avivement de la paroi une coalescence définitive, beaucoup plus solide que celle obtenue par l'accolement de deux surfaces revêtues chacune de péritoine. C'est peut-être pour avoir méconnu ces principes que certains ont eu des mécomptes. (1)

2° La difficulté propre à la fixation d'un dolichocôlon est de loger celui-ci dans le petit bassin et la fosse iliaque gauche, étant donné qu'on le trouve s'étendant dans la grande cavité abdominale, le sommet de l'anse pouvant atteindre la face inférieure du foie. C'est pourquoi il est nécessaire, pour obvier au manque de congruence entre les deux parties à suturer, de gagner un peu, à chaque point, sur le côlon, de façon à le froncer régulièrement dans le sens de sa longueur, sans former à aucun endroit une couture dangereuse.

3° Autant que possible, car, nous le répétons, c'est une question d'espèces, on suturera à la paroi le mésosigmoïde plutôt que le sigmoïde lui-même ; autrement dit, on fera une mésosigmopexie de préférence à une colopexie proprement dite. Il y a avantage, en effet, à ne pas appliquer le côlon trop étroitement contre la paroi. On évitera ainsi, au cas où un processus de péritonite adhésive se produirait dans la région, consécutivement à l'intervention, que des replis péritonéaux n'ail-

(1) VILLETTE, dans la première des observations que nous avons citées de lui plus haut, précise bien qu'il a avivé la paroi en cinq points différents et le résultat paraît avoir été bon, autant qu'on en peut juger par une observation post-opératoire de quinze mois.

lent recouvrir complètement l'intestin et ne déterminent de nouveaux troubles mécaniques.

L'incision pourra être une incision médiane sous-ombilicale, comme dans le procédé de colopexie que Quénu et Duval ont décrit pour la cure des prolapsus du rectum ; mais une incision verticale para-ombilicale gauche, passant juste en dehors de la gaine du droit, analogue à celle de Walter pour l'appendicectomie nous paraît préférable comme donnant plus de jour sur la fosse iliaque gauche (1).

A la colopexie, on ajoutera, bien entendu, en cas de méso-sigmoïdite rétractile, le débridement du méso. Les observations de Lesniowski, auxquelles nous avons déjà fait allusion plus haut, sont tout à fait probantes quant au résultat qu'on peut attendre de ce débridement (2).

(1) Voici ce que nous avons trouvé (*Revue Médicale de la Suisse Romande* 1894, n° 1) comme description des premières colopexies faites par Roux, qui nous paraît avoir été le promoteur de cette opération dans le cas de volvulus : « Pour l'S iliaque... il suffit de fixer à la paroi abdominale, dans le flanc gauche, ou en avant à gauche, soit le méso près de son insertion à l'intestin, soit l'S iliaque elle-même (sigmo ou colopexie) pour empêcher absolument celle-ci de réitérer le mouvement fâcheux ». Comme on voit, la description est sommaire et beaucoup de points ne sont pas précisés. Voici, d'autre part, les comptes rendus des deux opérations déjà faites au moment où parut son article :

1° Louise B. Pour éviter un nouvel accès, nous suturons la face externe du méso, vers son insertion à la partie flottante de l'intestin, à la paroi abdominale antéro-latérale.

2° Mme Marg. G. On fixe le mésosigmoïde à la paroi abdominale par une suture continue au catgut accolant le méso, vers son insertion à l'intestin, avec le péritoine antérolatéral.

(2) Pour plus amples renseignements, nous renvoyons à cet ouvrage (*Presse Médicale*) du 28 avril 1923 : Lesniowski : Mésentérite fibreuse de la sigmoïde). Une des conclusions qui se dégagent de son étude est que la sigmoïde rétractile étant une lésion de la surface et non de toute

Il va de soi que la technique employée sera variable d'un cas à l'autre suivant l'étendue et la disposition des brides cicatricielles. D'une façon générale, on devra avoir soin de reconstituer le revêtement séreux d'une façon aussi parfaite que possible à la surface du méso-sigmoïde, de façon à éviter une nouvelle rétraction.

Dans les cas complexes. — C'est-à-dire lorsque le mégacôlon s'associe au volvulus (quels que soient les rapports qui existent entre les deux, soit que le volvulus vienne compliquer un mégacôlon préexistant, soit que le mégocôlon résulte du volvulus), la question se trouve déplacée. C'est celle du traitement du mégacôlon qui se pose, c'est-à-dire que l'on est amené à faire une résection.

Quel procédé convient-il alors d'employer : colectomie en un temps — ou en plusieurs temps ? Les deux méthodes ont été employées et comptent chacune de belles séries de succès à leur actif. Par leurs avantages et leurs inconvénients respectifs, elle se présentent à peu près à égalité. Aussi semble-t-il que le choix de la méthode doive être surtout considéré comme une question d'espèce, la décision du chirurgien étant commandée par des facteurs particuliers, tels que l'état de maigreur ou d'obésité du sujet, l'état de son cœur et de ses reins, sa résistance générale. Lorsque toutes les circonstances se trouveront favorables, la balance penchera du côté de la colectomie en un temps, opération plus brillante, qui n'immobilisera le sujet à l'hôpital ou à la clinique que le mi-

l'épaisseur du méso, on peut supprimer la rétraction par de simples incisions du feuillet séreux rétracté.

nimum de temps. Dans le cas contraire, la prudence fera préférer une opération dont les suites peuvent être longues à cause de la difficulté de la cure de l'anus contre nature, mais qui a plus de chances de pouvoir être bien supportée par le sujet (1).

II. — Au cours des épisodes subaigus

Au cours des épisodes subaigus, c'est-à-dire en cas d'obstruction intestinale, on pourra parallèlement recourir à la simple détorsion suivie de colopexie toutes les fois que, après évacuation du contenu de l'anse sigmoïde au moyen d'une sonde rectale, on constatera que le diamètre et la longueur de cette anse ne sont pas excessifs.

Dans les autres cas, c'est à la résection en trois temps que l'on aurait recours.

III. — Dans les accidents aigus

Quant aux accidents aigus, ce serait sortir du cadre de ce travail que d'entreprendre une discussion détaillée de leur traitement, d'autant plus que cette question a été surabondamment discutée dans ces dix dernières

(1) Nous laissons de côté les procédés de colectomie abdomino-anale par invagination qui ont été décrits en Allemagne par Grekow, Sawkoff, Perthes, etc., mais qui ont été trop peu souvent employés en France pour que nous puissions avoir une opinion sur leur valeur. Quant à la sigmoïdo-anastomose (anastomose entre les deux branches de l'anse sigmoïde), elle est tout à fait illogique et n'a donné que des mécomptes à ceux qui y ont eu recours.

années et que tous les arguments pour et contre la résection immédiate ont été exposés magistralement dans le Mémoire du Prof. Forgue, auquel nous renvoyons le lecteur (1).

Si, parmi tous les traitements proposés — réduction par détorsion, avec ou sans colopexie, entéroanastomose de dérivation, résection de l'anse volvulée, cæcostomie palliative — on fait l'élimination nécessaire, on se trouve, là encore, amené à choisir entre la détorsion avec colopexie et la résection. Mais alors, deux nouveaux facteurs appartenant en propre au volvulus aigu entreront en ligne de compte ;

1° La septicité du contenu intestinal, très augmentée par l'état d'occlusion, et qui n'a pu être combattue par aucune préparation préalable du malade, doit faire, à notre avis, et malgré le succès remarquable de Guimbellot (2), renoncer aux colectomies en un temps.

2° Le sphacèle ou la menace de sphacèle de l'anse peut rendre nécessaire une extériorisation, destinée à être complétée ultérieurement par la résection. En sorte que, si certains cas particulièrement favorables, notamment en raison de la précocité de l'intervention, autoriseront parfois la simple détorsion avec colopexie, c'est en réalité le plus souvent à la colectomie en plusieurs temps que la prudence commandera d'avoir recours.

(1) FORGUE. Quelques précisions sur le volvulus de l'S iliaque (*Presse Médicale*, 10 janvier 1920).

(2) *Soc. chir. Paris*, Bull. du 21 décembre 1920. Rapport d'Alglave. Volvulus de l'S iliaque en occlusion aiguë traitée avec succès par résection et suture immédiate.

OBSERVATIONS

Nous publions ci-dessous quatre observations inédites que notre maître M. Lardennois a eu l'extrême obligeance de nous communiquer.

Les deux premières représentent deux beaux cas de volvulus subaigu.

La troisième est une observation de volvulus chronique.

La quatrième, au contraire, trouve à peine sa place légitime ici. Au moment où il a été opéré le malade se trouvait dans un état intermédiaire entre l'état aigu (occlusion avec menace de mort en quelques jours) et l'état subaigu (obstruction intestinale). Mais elle tire un intérêt tout particulier de ce qu'on peut juger, en la lisant, du bénéfice immense que l'on peut tirer, dans des cas de ce genre de la substitution de la laparotomie exploratrice à l'anus cæcal, alors même qu'aucun signe physique ne trahit le volvulus. A ces quatre observations de notre Maître, nous en ajoutons une cinquième toute récente, concernant un malade du service de M. Lardennois opéré par M. Ghouila-Houri. Il s'agit d'un cas de volvulus essentiellement chronique. Nous avons

plaisir à remercier ici notre ami et collègue pour la part qu'il a prise à ce travail en nous invitant à l'assister dans son intervention et à suivre son malade.

Obs. I. — Mlle L., 23 ans. Le vendredi 16 mars 1923, je suis appelé d'urgence à Bondy, à la demande du Dr Lefranc auprès d'une jeune fille que je trouve dans un état déplorable, couchée, avec un pouls à 140, vomissant constamment. J'apprends que sa maladie remonte à quatre mois et qu'on a pensé, en raison de certains symptômes (troubles urinaires, pertes blanches) à une péritonite tuberculeuse d'origine annexielle. A noter en particulier, à l'examen de l'abdomen, de nombreux mouvements péristaltiques visibles à travers la paroi, l'absence de liquide, l'existence d'une tuméfaction sous-ombilicale qui, jointe aux signes d'obstruction intestinale, me fait porter le diagnostic de *volvulus subaigu*.

Le surlendemain 18 mars, intervention à l'anesthésie locale. Détorsion et fixation rapide de l'anse volvulée. Des brides de mésosigmoïdite sont incisées, l'incision étant suivie d'une suture perpendiculaire, ce qui permet d'étaler le méso et de lui rendre toute sa longueur.

Suites opératoires bonnes. Mais la malade continue à souffrir de constipation, ne pouvant aller à la selle autrement qu'avec des lavements. A en particulier une nouvelle crise d'obstruction d'une durée de huit jours en juin 1923. Des vomissements se produisent encore par la suite.

Une nouvelle intervention est alors décidée. Elle a lieu le 5 novembre 1923. Anesthésie générale. Laparotomie médiane. Libération d'adhérences épiploïques. L'S iliaque est extériorisée par une brèche faite dans la fosse iliaque gauche. La résection a lieu huit jours plus tard. Enfin le 3 décembre 1923, sous anesthésie générale, je rétablis la continuité de l'intestin par une suture soignée en fermant l'anus.

Suites excellentes.

Obs. II. — Mme M., 36 ans. Au cours d'un séjour à la Maternité, avait présenté des signes d'obstruction intestinale quelque temps avant son accouchement. L'accouchement avait eu lieu le 19 août 1922. Mais l'obstruction s'étant aggravée pendant les jours suivants, le 23 août, on lui avait fait un anus iliaque droit sur l'intestin grêle. Elle resta plusieurs mois à la Maternité sans que son état s'aggravât ni s'améliorât, puis, après un court séjour à Broussais, fut amenée dans mon service à Issy-les-Moulineaux en novembre de la même année.

L'examen radioscopique par lavement baryté qui fut pratiqué à ce moment donna les renseignements suivants : « Le liquide, après avoir très largement distendu le rectum et la partie terminale de l'anse sigmoïde, se trouve complètement arrêté. Il ne passe au-delà que quelques trainées insignifiantes. Il s'agit donc probablement d'un obstacle très bas situé sur l'anse sigmoïde ». Je portai alors le diagnostic de volvulus et décidai d'intervenir.

1^{er} temps. L'intervention eut lieu le 25-11-22. Laparotomie médiane. Extériorisation d'un énorme mégacolon développé aux dépens de l'S iliaque. Celui-ci est tordu sur lui-même dans le sens des aiguilles d'une montre. Détorsion d'un demi-tour. L'anse extériorisée est fixée au péritoine. Fermeture en trois plans.

2^e temps. 3 jours après. Injection de 2 centimètres cubes de morphine. Section du mésocolon, sur lequel on pratique une série de ligatures. Résection du mégacolon après suture à la soie des deux bouts afférent et efférent, et ligature du méso au catgut n° 3. La résection du bout inférieur a été faite à 10 centimètres environ du bout rétréci et on a fixé ce bout inférieur à la paroi afin d'éviter une rétraction secondaire et de permettre une réunion ultérieure des deux bouts sectionnés.

Le 30 mai 1925, fermeture de l'anus iliaque droit. Succès. (La malade était enceinte à ce moment-là).

Quant à l'anus médian, résultant de la résection de l'anse sigmoïde, toutes les tentatives faites pour le fermer (d'abord pose d'un entérotome, puis intervention sanglante) demeurèrent sans résultat. On constata en effet, au cours de l'intervention, qui fut pratiquée le 30 juin 1923, un étirement du rectum qui était rétréci et tendu comme une corde au devant du promontoire. On fut donc obligé d'y renoncer.

Le 9 septembre, la malade accoucha d'un enfant bien portant.

Depuis lors, elle a été revue plusieurs fois, la dernière fois en janvier 1924 ; son état général est excellent, elle ne souffre aucunement.

Obs. III. — Mad. V. Aurait eu une crise d'appendicite en 1911. Le diagnostic est resté douteux. Consulte actuellement pour des troubles intestinaux. Depuis plusieurs années en effet souffre d'une constipation opiniâtre qu'elle a été soigner, en particulier, à Ax-les-Thermes, par des douches ascendantes. Le Dr Friedel, qui l'a examinée, a noté des troubles du transit sigmoïdien. Divers chirurgiens l'ont examinée et ont conclu de même. Sur la constipation habituelle se greffent de temps en temps des crises de subobstruction, avec sensation de reptation. Pas de fièvre ; état asthénique. A l'examen on constate que l'abdomen est d'aspect à peu près normal, légèrement ballonné cependant, avec de la sensibilité du côté de l'S iliaque. L'utérus est en rétroversion.

Intervention le 10 juillet 1926. Le diagnostic posé était celui de périviscérite d'origine appendiculaire, en raison de la crise (?) de 1911. Anesthésie au Schleich. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. L'exploration de l'abdomen est négative en ce qui concerne la région appendiculaire et la vésicule. Par contre il existe une stase intestinale évidente ; on constate un volvulus de l'S iliaque. Celui-ci est redressé et fixé. Appendicectomie et hystérectomie complémentaires.

Fermeture en trois plans. Suites opératoires excellentes.

La malade, revue 6 mois après, est en excellent état ; son intestin fonctionne normalement.



FIG. 1. — Radiographie de Mme V... avant l'intervention : dolichocôlon iliaque. Remarquer, en outre, le faux aspect de volvulus de toute la partie du côlon qui avoisine l'angle colique gauche.

Obs. IV. — M. L., 55 ans. Pas d'antécédents intestinaux ni autres. Le 30 novembre 1926, il est pris de douleurs d'in-

tensité extrême dans le ventre, sans vomissements. Le lendemain, consulte le Dr Farez qui, constatant l'obstruction intestinale a d'abord recours aux lavements. M. Lardennois est appelé ensuite (2 décembre). Cet état se prolonge sans que le malade d'ailleurs, se trouve obligé de s'aliter. Les douleurs s'apaisent peu à peu quoique l'occlusion persiste, toujours sans vomissements cependant. Le 6 décembre, les douleurs ayant repris, M. Lardennois intervient. *Soupçonnant le volvulus, au lieu de faire un simple anus cœcal, il pratique une laparotomie exploratrice* avec incision sus et sous-ombilicale. Il constate l'existence d'un volvulus et extériorise alors l'S iliaque, après l'avoir détordue et au moyen d'une contre-ouverture dans le flanc gauche. Le lendemain, comme la sonde introduite dans l'S iliaque ne donne rien, il décide, l'après-midi, de faire la résection sous anesthésie. Le jeudi 9 décembre, le malade recommence à s'alimenter. Le 18 février on commence à mettre l'entérotome dans le but de supprimer l'anus iliaque. L'état général est excellent.

Obs. V. — M. Th., 48 ans, entre le 20 décembre 1926 aux Ménages pour constipation et douleurs abdominales.

Histoire de la maladie : Début vers l'âge de 20 ans Pendant une période qui va depuis le début jusqu'à il y a 3 ans, avait des périodes de santé parfaite, d'une durée de plusieurs mois, parfois un an, alternant avec de mauvaises périodes, d'une durée d'un mois, un mois et demi, pendant lesquelles il souffrait de constipation (n'aurait eu qu'une selle tous les 4-6 jours s'il n'avait pris des laxatifs) et de coliques survenant par crises de 10, 15, 24 heures, siégeant dans n'importe quelle partie du ventre, tantôt à droite, tantôt à gauche. Dans les bonnes périodes, non seulement il n'y avait pas de coliques, mais il n'y avait pas non plus de constipation. Dans ces trois dernières années, c'a été des souffrances presque quotidiennes ; la constipation s'est accentuée ; toujours combattue par des laxatifs (sulfate de

magnésie, huile de ricin, huile de paraffine). Jamais de vomissements. Appétit diminué en dernier lieu. Est quelquefois obligé d'arrêter son travail pendant des périodes de 3-4



FIG. 2. — M. Th., 48 ans : volvulus sigmoïdien chronique ; aspect radiographique de l'anse sigmoïde avant l'intervention.

jours. On a porté le diagnostic d'appendicite ; on a soupçonné une affection gastrique. Aucun traitement n'a rien donné.

Examen physique. Abdomen de volume normal. Une palpation attentive permet de reconnaître l'anse sigmoïde, anormalement longue, qui, au lieu de rester cantonnée dans la fosse iliaque gauche, s'étend dans la région ombilicale et

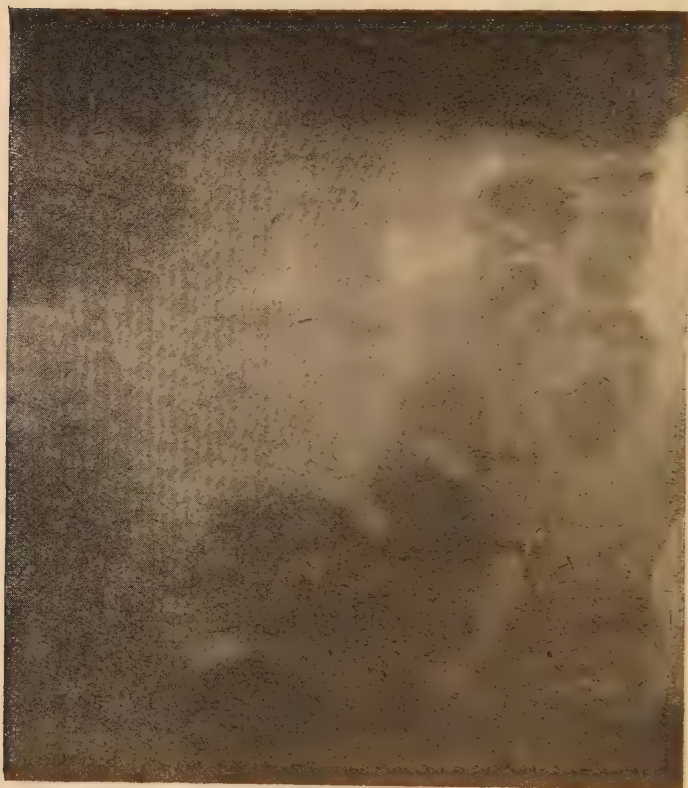


FIG. 3. — Le même après l'intervention

jusqu'au voisinage de l'hypochondre droit. Cela permet de porter le diagnostic de volvulus avant l'examen radioscopique lui-même.

Radiographie pratiquée le 24 décembre (v. fig. n° 2).

Intervention le 29 décembre 1926 : Laparotomie verticale para-ombilicale gauche. Côlon descendant mobile, se continuant sans démarcation avec l'anse sigmoïde. Brides de mésosigmoïdite rétractile, qui sont sectionnées. Pexie au fil de lin. Huit points réunissent les côlons sigmoïde et descendant au péritoine de la fosse iliaque gauche et de la fosse lombaire gauche. Un point réunit (après dépéritonisation) le muscle iliaque au côlon. Un deuxième point dépéritonisé réunit le muscle petit psoas au côlon. Fermeture de la paroi en trois plans. Surjet sur la peau. (L'anesthésie avait été faite à l'éther).

Suites excellentes. Aujourd'hui (14 janvier) le malade est en excellent état. Depuis son opération, bien qu'il ait repris une alimentation normale, il n'a plus jamais souffert.

2^e Radiographie pratiquée le 13 janvier (v. fig. n^o 3). On comparera les deux aspects du même côlon sigmoïde avant et après la fixation.

CONCLUSIONS

1. La torsion de l'anse sigmoïde autour de son axe vasculaire ne détermine pas nécessairement l'arrêt complet du cours des matières et des gaz et l'oblitération des vaisseaux. Elle peut aussi donner lieu à des troubles du transit d'allure chronique ou d'allure subaiguë.

2. Ces troubles, qu'ils soient aigus, subaigus ou chroniques, peuvent rétrocéder en vertu d'une détorsion spontanée plus ou moins complète. Mais le sujet reste constamment sous la menace d'un retour de ces troubles, soit que la torsion, étant intermittente, se reproduise, soit que, étant permanente, elle devienne plus serrée.

3. Le diagnostic peut être posé même dans l'intervalle des crises aiguës ou subaiguës, en particulier avec l'aide de la radioscopie.

4. Le diagnostic étant posé, il convient, si le malade souffre continuellement, ou s'il est sujet à des crises

d'occlusion capables de mettre ses jours en danger, de mettre fin à cet état par un traitement chirurgical. Dans les cas de simple mobilité du côlon sigmoïde, on se contentera d'une simple fixation ; celle-ci peut donner des résultats parfaitement satisfaisants si elle est exécutée correctement.

Dans les cas complexes, où à la mobilité du côlon s'ajoutent des malformations graves, on aura recours à la résection.



Vu, le Doyen,

H. ROGER,

Vu, le Président,

FAURE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie antérieure à 1912 se trouvant, au moins dans son essentiel dans les thèses de Mazet et de Roche (Lyon, 1912), nous prions le lecteur de s'y reporter. Nous ne citons ci-dessous que les ouvrages parus postérieurement, en respectant l'ordre chronologique.

14 janv. — 1912. *Münchener medizinische Wochenschrift* Kienbösch, L'S iliaque géante mobile, constatation radiologique.

6 octobre 1912, *Chirurgia* (Moscou). Kochanoff. Trois laparotomies pour volvulus de l'intestin.

29 mars 1913. — *The British Medical Journal*. Cholmeley, Mégasigmoïde chez un garçon, traité par la résection.

14 mai 1913. — *Therapeuticheskoi Obozrenii* (Odessa). Katz. Contribution à l'étude du côlon sigmoïde dilaté et mobile.

17 juin 1913. — *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*. Viguier (rapport de Lejars). Volvulus du côlon pelvien traité par la détorsion simple, récurrence 20 mois après, résection de l'angle colique ; guérison.

10 juillet 1913. — *Bull. de la Soc. Médicale. des Hôp. de Paris*. Friedel et Jaugeas. Exploration de l'anse sigmoïde par la radiographie.

6 août 1913. — *La Réforme médicale* (Naples). Vignolo. Mobilisation de la base du mésocôlon pelvien pour rétablir la

continuité directe de l'intestin dans les résections du côlon iliaque et de la portion terminale du côlon descendant.

6-11 octobre 1913. — XXVI^e Congrès de l'Association française de chirurgie. Chirurgie du côlon pelvien Rapporteurs P. Duval et Patel.

Mai 1913. — *Chirurgia* (Moscou). Litochenko Sur le volvulus de l'anse sigmoïde.

11 novembre 1913. — *Arch. des Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*. Patel. Chirurgie du côlon pelvien.

8 janvier 1914. — *Soc. de chir. de Lyon*. Patel Un cas d'S iliaque mobile avec volvulus incomplet.

2 avril 1914. — *Gaz. des Hôp.* Arrivot et Cathala. Un cas de volvulus du côlon pelvien.

Avril 1920. — *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* (Christiana). Ingebrigsten. Sur le volvulus de l'S iliaque.

Février 1920. — *L'Année médicale de Caen*. Guibé. Mégacôlon congénital, volvulus de l'S iliaque ; résection du côlon iliaque ; guérison.

14 février 1920. — *Zentralbl. für Chir.* Pocchhammer. La sigmoïdéoanastomose, méthode simple de traitement du volvulus de l'S iliaque.

10 janvier 1920. — *La Presse Médicale*. Forgue. Quelques précisions au sujet du volvulus de l'S iliaque.

Octobre 1919. — Paru en janvier 1920. *Lyon Chirurgical*. Ingebrigsten. Du volvulus de l'S iliaque.

30 octobre 1920. — *Zentralbl. für Chir.* Lange. Sur l'opération radicale du volvulus de l'S iliaque par la méthode d'invagination de Grekow-Kummel.

27 novembre 1920. — *Zentralbl. f. Chir.* Neudorfer. Traitement du volvulus de l'S iliaque.

21 décembre 1920. — *Soc. de Chir. de Paris*. Guimbellot (rapport d'Alglave). Volvulus de l'S iliaque en occlusion aiguë traité avec succès par résection et suture immédiate.

18 janvier 1921. — *Bull. de la Soc. de Ch. de Paris*. Discussion sur le volvulus de l'S iliaque.

19 février 1921. — *Zentralbl. f. Chir.* Enderlen. Sur le traitement du volvulus de l'S iliaque.

15 mars 1921. — *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris.* Discussion sur volvulus de l'S iliaque.

2 avril 1921. — *Paris Médical.* Pauchet. Volvulus iliaque, diagnostic et traitement.

3-5 octobre 1921. — *XXX^e Congrès de l'Ass. fr. de Chir.* Maurice. La mésentérite sténosante et rétractile.

10 septembre 1921. — *The Medical Journal of Australia* (Sydney). Harrison. Volvulus subaigu de l'S iliaque avec phénomènes pulmonaires.

Décembre 1921. — *Brun's Beiträge zur klinischen Chirurgie* (Tubingen). Reichle. Sur le volvulus de l'S iliaque.

21 janvier 1922. — *Zentralbl. f. Chir.* Gussew. Sur le traitement du volvulus de l'S iliaque.

24 janvier 1922. — *Journal des Sciences Médicales de Lille.* Villette. Volvulus de l'iliaque. Trois cas opérés et guéris.

17 décembre 1921. — *Soc. d'Anatomie.* Guillaume et Le Chaux. Mégacolon sigmoïdien vraisemblablement acquis, ayant déterminé une occlusion intestinale aiguë.

Juillet 1922. — *Annals of Surgery* (Londres, Philadelphie). Livingston Hays. Volvulus de l'S iliaque.

Mai-juin 1922. — *Lyon chirurgical* rapportant la séance du 1^{er} décembre 1921 de la Soc. de chir. de Lyon. Volvulus du côlon pelvien, mésosigmoïdite rétractile et përisigmoïde.

28-30 novembre 1922. — *Gazette des hôp. de Paris*, n° 93. Lefebvre. La période dite prodromique dans les volvulus du gros intestin constitue la période d'état de cette affection,

28 avril 1923. — *Presse Médicale.* Lesniowski. Mésentérite fibreuse de la sigmoïde.

23 juin 1923. — *The British medical journal* (Londres). Southam. Volvulus du gros intestin.

Juillet 1923. — *Arch. für klinische Chirurgie* (Berlin). Ssroson-Jaroschewitseh. Variations anatomiques du côlon pelvien.

28 septembre 1923. — *Virchows Arch. für pathologische*

Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin (Berlin). Kehl und Erb. Sur la pathogénie de la péritonite chronique mésentérique (Virchow) et ses relations avec le volvulus de l'S iliaque.

7 mars 1924. — *Société des Chirurgiens de Paris*. (Paris Chirurgical, mars 24). Villandre, Mésosigmoïdite.

11 juin 1924. — *Société de Chirurgie de Paris*. Ducaros (rapport d'Okinczyc). Mésocôlite rétractile avec occlusion chronique ; sigmoïdo-sigmoïdostomie latéro-latérale : guérison.

Août 1924. — *Arch. italiano de Chirurgia* (Bologne). Stoppato. Sur le volvulus du côlon pelvien.

15 novembre 1924. — *Il Policlinico*. (Sezione chirurgica). Solieri. Sur la mésosigmoïdite fibreuse.

31 janvier 1925. — *Zentralblatt für Chirurgie*. Perlmann. Mégasigmoïdite et mésosigmoïdite.

27 novembre 1924. — *Société de Chirurgie de Lyon*. Bonniot. Volvulus d'un mégacôlon sigmoïde traité par la résection en trois temps.

29 avril 1926. — *Société de Chirurgie de Paris*. Hertz (rapport d'Okinczyc). Trois observations de mégacôlon sigmoïde dont l'une avec volvulus ; trois opérations suivant la méthode de Mikulicz ; trois guérisons.

6 mai 1924. — *Société de Chirurgie de Paris*. Lecène. Colectomie pour mégacôlon sigmoïdien.

13 mai 1925. — *Soc. de Chir. de Paris*. Moure et Aumont. Volvulus d'un mégacôlon pelvien ; résection, suture latéro-latérale ; guérison.

Juin 1925. — *Zentralblatt für Chirurgie*, n° 2, 3, 6, Sawkoff. Sur le traitement radical du volvulus (extirpation de l'S iliaque).

14 mai 1925. — *La Semana Medica*, n° 20 (Buenos-Aires). Finochietto. Mégasigmoïde ; occlusion aiguë par volvulus et occlusion valvulaire.

9 décembre 1925 (séance du). — *Société de Chirurgie*, Gruguet et Kuss. Deux cas de volvulus du côlon pelvien.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	9
CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.....	11
DIAGNOSTIC :	
I. — Diagnostic clinique.....	18
II. — Eléments de diagnostic extra-cliniques.....	26
TRAITEMENT DU VOLVULUS CHRONIQUE :	
I. — En dehors de toute crise aiguë ou subaiguë...	31
II. — Au cours des épisodes aigus.....	37
III. — Dans les accidents aigus.....	37
OBSERVATIONS.....	39
CONCLUSIONS.....	49
BIBLIOGRAPHIE.....	51

1927. St-Amand (Cher). — Imp. A. CLERC.
